

La représentation de l'asthme par l'enfant au travers du dessin de la santé : un outil pour la relation éducative

par Béatrice Ginières (1), Rémi Gagnayre (2)

L'être humain ne peut vivre sans représentations. Elles lui permettent d'interpréter le monde et d'expliquer ses événements de vie. Dans les domaines de la santé et de la médecine, les représentations sont une source d'explications des pratiques de santé et thérapeutiques des patients. L'enfant possède également des représentations. Un des moyens de les explorer passe par le dessin. Ce dernier sert à l'enfant d'espace de projection de sa représentation du monde. Cet article montre d'une part comment, dans l'accompagnement des enfants atteints d'asthme, le dessin se révèle pertinent pour analyser les représentations de la santé et de la maladie et d'autre part comment, par son utilisation selon des consignes clairement déterminées, il favorise la compréhension par les soignants de ce qui se joue chez l'enfant.

L'être humain ne peut vivre sans représentations. Elles lui permettent d'interpréter le monde et d'expliquer ses événements de vie. Une représentation comporte «une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expression du sujet...» [1]. C'est cette mise en lien d'un sujet et d'un objet (chose, idée, événement...) chacun possédant des caractéristiques propres, qui influencera un type de rapport, de décision, d'action dans une situation donnée [2].

Dans les domaines de la santé et de la médecine, nous savons que les représentations sont une source d'explication des pratiques de santé et thérapeutiques [3] des patients. Elles servent également à comprendre les logiques qui conduisent les patients à mobiliser d'une certaine manière leurs compétences de soins dans un contexte donné. C'est ainsi que dans l'élaboration d'un programme de prévention [4] ou d'éducation thérapeutique [5], il est reconnu l'importance de les identifier, d'en comprendre le sens afin de proposer au patient des situations-médiations d'apprentissage qui auront pour but de les renforcer ou de les questionner

lorsqu'elles s'avèreront être un obstacle à l'appropriation par le patient de compétences favorables à sa santé.

L'enfant possède également des représentations. Un des moyens de les explorer passe par le dessin. Ce dernier sert à l'enfant d'espace de projection de sa représentation du monde [6].

Facile à obtenir, il est une médiation dans la relation entre l'adulte et l'enfant. Largement utilisé dans la clinique infantile, il a une place de choix en tant que méthode d'évaluation intellectuelle, support d'exploration de la personnalité de l'enfant ou de la relation psychothérapeutique [7]. Cet usage nécessite pour le psychologue une formation évitant ainsi les abus et les erreurs d'interprétation. Cependant, dans notre expérience, il ne s'agit pas d'interpréter le dessin de l'enfant asthmatique même si certains travaux en révèlent l'extrême richesse [8] mais de favoriser l'expression de l'enfant par un moyen familier, naturel. Notre intention éducative est «celle d'une communication entre celui qui regarde le dessin et celui qui réalise un dessin» [9].

Mots-clés : éducation du patient, asthme, dessin, représentations, relation, enfant, adolescent, maladie-santé, France.

(1) Psychologue clinicienne,
Centre d'asthme du col des
Marroux
Fr-09000 FOIX - France
Tél.: ++33(0)5 61 65 75 08
Email :
beatrice.ginieres@ugecam-lrmp.com

(2) Professeur de Sciences de
l'Éducation,
Laboratoire de Pédagogie de la Santé
UPRES EA 34 12,
UFR SMBH de Bobigny
Université Paris 13
Rue Marcel Cachin, 74
FR-93017 Bobigny Cedex - France
Tél. : ++33(0)1 48 38 76 41/80
Fax : ++33(0)1 48 38 76 19
Email :
r.gagnayre@smbh.smbh.univ-paris13.fr

Education du Patient et Enjeux de
Santé, Vol. 22, n°3, 2004

Le but de cet article est de montrer d'une part, comment dans l'accompagnement des enfants atteints d'asthme, le dessin se révèle pertinent pour analyser les représentations de la santé et de la maladie et d'autre part comment par son utilisation selon des consignes clairement déterminées, le dessin favorise la compréhension par les soignants de ce qui se joue chez l'enfant.

Population et méthode

Contexte de l'étude

Au cours d'un séjour dans une Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisée dans l'accueil d'enfants de 5 à 15 ans porteurs de pathologies respiratoires chroniques, nous avons demandé à 150 enfants (99 garçons et 51 filles âgés de 5 à 14 ans) de réaliser un dessin de la santé au cours d'une consultation destinée à explorer leurs connaissances, leurs représentations, leurs conceptions sur la maladie.

Population

Il s'agit pour la majorité d'enfants asthmatiques accueillis pour un séjour d'au moins trois mois (asthme sévère ou déstabilisé) ou pour la durée des vacances scolaires dans le cadre de séjours à visée éducative. Quelques enfants présentent exclusivement des manifestations allergiques (rhinites, eczéma...).

Méthode

Le dessin de la santé consiste à demander à l'enfant de dessiner deux bonshommes : l'un en bonne santé, l'autre en mauvaise santé. L'ordre proposé est destiné à faciliter la tâche des enfants les plus réservés, la bonne santé représentant une situation connue, banale. Dans notre expérience de l'outil, c'est la représentation du bonhomme en mauvaise santé qui est source de difficultés et qui peut générer un blocage.

A partir de sa production, l'enfant est invité à décrire, à verbaliser les différences entre les deux et à s'identifier à l'un des deux personnages. Deux questions permettent de verbaliser son ressenti :

- a/ Pour toi, qu'est ce qui fait la différence entre le bonhomme en bonne santé et le bonhomme en mauvaise santé ?
- b/ Te sens-tu plutôt comme ce bonhomme là (premier bonhomme) ou comme celui-ci (deuxième bonhomme) ?

Sélection des dessins

Le dessin de la santé n'est pas un outil conçu pour investiguer les représentations de la maladie mais de la santé, bonne ou mauvaise. Son utilisation auprès des enfants asthmatiques le confirme : leur représentation de la mauvaise santé n'est pas implicitement liée à la maladie dont ils sont atteints. Aussi avons-nous appliqué des critères de sélection permettant de retenir les dessins des enfants se référant à l'asthme. Nous avons pris en compte les dessins comportant dans l'expression

graphique et/ou dans les commentaires au moins une référence explicite à l'asthme, à son expression clinique (difficulté à respirer), à son traitement (spray...), à ses causes (facteurs déclenchants) et à la représentation anatomique de l'organe concerné (poumon et système pulmonaire).

Catégorie d'analyse des commentaires

Les commentaires en réponse aux questions posées ont été consignés par écrit. L'analyse de contenu procède selon un repérage par mots-clés et classement en catégories [10].

Limites de l'étude

L'étude vise à montrer la potentialité du dessin comme instrument au service de l'exploration des représentations de santé de l'enfant. C'est ainsi que les différences de sexe et d'âge ne seront pas abordées.

Résultats

Les enfants

Sur 150 enfants qui ont réalisé et accompagné de commentaires leurs dessins, nous avons retenu selon nos critères les dessins de 47 enfants réalisés par 34 garçons et 13 filles âgés en moyenne de 5 à 14 ans (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition par sexe et âge des enfants dont les dessins ont été retenus pour l'étude : N=47.

	5-6 ans	7-8 ans	9-10 ans	11-12 ans	13-14 ans
Garçon n= 34	0	5	17	8	4
Fille n=13	1	3	7	2	0

Quarante-deux enfants sur 47 ont un asthme, allergique dans 85% des cas, un seul enfant présente une pathologie ciliaire, un autre une allergie et trois présentent des pathologies ORL (tableau 2 p. 75). Septante-quatre pour cent ont un traitement de fond associant un bronchodilatateur β^2 mimétique à action retardée et un corticoïde inhalé.

Les catégories de contenu

L'analyse de contenu des commentaires a permis d'établir les 8 catégories suivantes :

- La maladie : citée au travers de l'asthme, elle peut aussi être indéterminée ou faire référence à un mauvais état de santé qui est décrit ou expliqué.
- Le ressenti physique: c'est ce que l'enfant ressent comme manifestations physiques. Il a trait à la respiration, à la douleur, à la condition physique ou à des symptômes somatiques.
- Le ressenti affectif : concerne à la fois l'expression des affects (triste, heureux...) et

les manifestations émotionnelles (pleurs, sourire...) qui en découlent.

- L'image du corps : fait référence aux représentations de l'intérieur du corps, au schéma corporel ou à l'apparence physique. C'est la façon dont le corps apparaît à l'enfant.
- Les causes de la maladie : ont trait aux facteurs qui contribuent à l'apparition, à l'aggravation ou à la pérennité de la maladie. Nous avons regroupé sous la dénomination «responsabilité personnelle» des mots clés faisant référence à l'observance thérapeutique.
- L'environnement : c'est l'espace (dedans, dehors, l'école...), le temps atmosphérique, l'environnement physique et relationnel.
- Les activités ludiques et sportives : concernent les loisirs.
- Les mesures thérapeutiques : sont médicamenteuses, préventives (évitement des allergènes...)

Les résultats expriment le nombre d'enfants se référant à chacune des huit catégories identifiées pour le bonhomme en bonne santé et pour le bonhomme en mauvaise santé. Nous avons également analysé le nombre et le type de catégories privilégiées pour les 2 types de bonshommes.

L'ordre des dessins

Trente et un enfants [soit 66%] débutent par le dessin du bonhomme en bonne santé (21 garçons et 7 filles) suivant en cela l'ordre induit par la consigne.

Les commentaires relèvent en moyenne de 2 catégories pour le bonhomme en bonne santé et de 2 à 3 catégories lorsque les enfants décrivent le bonhomme en mauvaise santé. Le nombre de mots-clés est supérieur en moyenne de 25% pour le bonhomme en mauvaise santé.

Le bonhomme en bonne santé

Pour 17/47 enfants, la référence à une seule catégorie suffit à caractériser la bonne santé : il s'agira de l'expression du ressenti physique (6 enfants), de l'absence de maladie (5 enfants), de l'expression du ressenti affectif (3 enfants), de la mention d'activités ludiques et sportives (2 enfants) ou pour 1 seul de références à l'image du corps.

Pour les autres enfants, la référence à plusieurs catégories est nécessaire (tableau 3).

Pour 22/47 enfants, la bonne santé est en lien avec l'absence de maladie, elle est associée aux activités ludiques et sportives pour 10 enfants, seulement 4 enfants évoquent les mesures thérapeutiques.

Vingt enfants décrivent le ressenti affectif et cela d'une manière plus évidente pour les filles (61%) que pour les garçons (35%). Cette catégorie est associée pour 8 d'entre eux aux activités ludiques et sportives et pour 5 à l'environnement.

Dix-neuf enfants, 8 filles et 11 garçons, s'attachent

Garçon n= 34	5-6 ans	7-8 ans	9-10 ans	11-12 ans	13-14 ans
Asthme			1		
Asthme allergique		4	15	8	3
Allergies					
Pathologie ORL		1			1
Pathologie ciliaire			1		
Traitement : Bronchodilatateur β^2 mimétique à action retardée et corticoïde inhalé		4	11	6	3

File n= 13	5-6 ans	7-8 ans	9-10 ans	11-12 ans	13-14 ans
Asthme	1				
Asthme allergique		2	6	2	
Allergies		1			
Pathologie ORL			1		
Pathologie ciliaire					
Traitement : Bronchodilatateur β^2 mimétique à action retardée et corticoïde inhalé	1	2	6	2	

Tableau 2 : Répartition des affections par sexe et par âge.

Tableau 3 : Répartition des enfants par catégories les plus représentées et associations entre les catégories (bonhomme en bonne santé).

Maladie		Ressenti affectif		Ressenti physique		Activités ludiques et sportives	
Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants
Maladie	22/47	Ressenti affectif	20/47	Ressenti physique	19/47	Activités ludiques et sportives	18/47
Activités ludiques et sportives	10/22	Activités ludiques et sportives	8/20	Maladie	6/19	Maladie	10/18
Ressenti physique	6/22	Environnement	5/20	Environnement	5/19	Ressenti affectif	8/18
Mesures thérapeutiques	4/22	Maladie	4/20	Activités ludiques et sportives	4/19	Environnement	7/18

au ressenti physique associé, dans les commentaires à l'environnement pour 5 d'entre eux, et aux activités ludiques et sportives pour 4 d'entre eux.

Le bonhomme en mauvaise santé

Trente enfants sur 47 [soit 64%] évoquent le ressenti physique dans la description du bonhomme en mauvaise santé (23 garçons et 7 filles) dont 25 décrivent des signes respiratoires : difficultés à respirer (16 fois exprimé), toux (8 fois exprimé), sifflements, gêne et encombrement (5 fois exprimé).

Ressenti physique		Maladie		Ressenti affectif		Mesures thérapeutiques	
Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants	Catégorie associée avec :	Nbre d'enfants
Ressenti physique	30/47	Maladie	25/47	Ressenti affectif	15/47	Mesures thérapeutiques	15/47
Maladie	15/30	Ressenti physique	15/25	Maladie	8/15	Maladie	9/15
Environnement	10/30	Environnement	10/25	Ressenti physique	7/15	Ressenti physique	9/15

Tableau 4 : Répartition des enfants selon les catégories et associations entre les catégories (bonhomme en mauvaise santé).

La maladie est mentionnée par 25 enfants : 18 d'entre eux la rapportent à l'asthme, 5 autres se limitent à la mention de la maladie, 1 évoque une allergie et 1 autre enfin cite un problème cardiaque.

Au total un tiers des enfants associe dans leurs commentaires la maladie et le ressenti physique. L'environnement est évoqué par 10 enfants en association avec le ressenti physique et/ou avec la maladie.

Quinze enfants sur 47 évoquent le ressenti affectif. Il est associé avec la maladie (8/15) et le ressenti physique (7/15).

Quinze dessins sur 47 appellent des commentaires ayant trait aux mesures thérapeutiques et notamment pour 7 d'entre eux à un traitement anti-asthmatique.

Onze enfants sur 47 (soit 23%) évoquent l'image du corps et 9 d'entre eux l'associent au ressenti physique.

Le choix identificatoire

Le choix identificatoire est en faveur du bonhomme en bonne santé pour 26 enfants sur 47 (soit 55% des enfants), 12 enfants (soit 26%) s'identifient au bonhomme en mauvaise santé et 9 enfants (soit 19%) se déclarent «un peu des deux» ou «entre les deux». Cette tendance ne

semble guère différer selon les sexes. Par contre, on note que les enfants qui se déclarent «entre les deux» ont souvent 10 ans et plus.

Discussion

Le bonhomme en bonne santé

Les commentaires sont plus succincts et un tiers des enfants se réfère à une seule catégorie pour décrire le bonhomme comme si cet état était «naturel» et partagé.

L'absence de maladie pour près de la moitié des enfants est un justificatif de la bonne santé bien qu'elle ne suffise pas à elle seule à en décrire la spécificité. Associée à la mention d'activités ludiques et sportives, elle signe le retour à un mode de vie caractéristique de l'enfance.

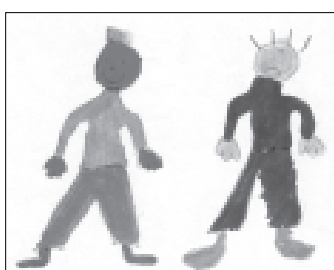
En revanche, peu de mesures thérapeutiques sont citées : la prise de traitement de fond associée à la bonne santé reste une idée très marginale. Il semblerait que l'asthme se réduise à des crises ponctuelles traitées au coup par coup jusqu'à ce que l'enfant ait recouvré un état de santé satisfaisant pour lui.

Les filles privilégient le ressenti affectif et physique dans leurs commentaires relatifs aux deux bonhommes et plus encore par rapport au bonhomme en bonne santé. Le ressenti affectif renvoie au bien-être (être ou se sentir bien) qui peut aussi être exprimé par des affects agréables ou des satisfactions dans divers domaines. Il y aurait ainsi diverses manières d'exprimer son bien-être. Les garçons de 12 à 14 ans mettent l'accent au travers des activités ludiques et sportives sur le sentiment de liberté : «Il peut faire toutes les activités qu'il veut et qu'il aime» (Emeric, 14 ans 3 mois), «Il se sent plus libre» (Jonathan 12 ans), «Il peut tout faire, rien ne l'arrête» (Cédric 12 ans 6 mois). Ce sentiment de liberté est renforcé par la mention de l'environnement : la bonne santé permet d'être dehors, en relation avec des camarades... Associées au ressenti affectif, les activités ludiques et sportives sont intimement liées au plaisir et au bien-être qu'elles procurent.

Le dessin du bonhomme en mauvaise santé

Tous les enfants ne suivent pas l'ordre préconisé par la consigne : un tiers débute par le dessin du bonhomme en mauvaise santé.

Nous pourrions faire l'hypothèse que l'enfant commence par le dessin qui lui paraît le plus facile car le plus proche de sa réalité du moment. Les commentaires spontanés à l'issue de la consigne questionnent sur la procédure : ordre des dessins, sexe des personnages, mises en scène («Un bonhomme qui fume ?»). La demande de dessiner peut paraître incongrue pour les plus grands (11-12 ans) et entraîner des propos dévalorisateurs : «Je suis pas fort en dessin» (Cédric, 12 ans 5 mois) ou «J'aime pas dessiner» (Adnène, 12 ans 10 mois). Le degré d'accomplissement du dessin est aussi fonction du degré de bonne volonté de l'enfant et de son désir de faire plaisir.



Te sens-tu plutôt comme ce bonhomme là, en mauvaise santé, ou comme celui-ci, en bonne santé ? : «Entre les deux : je suis en bonne santé et en mauvaise santé en même temps : là je suis pas malade alors je suis en bonne santé mais comme je fais de l'asthme, je suis en mauvaise santé en même temps». François, 9 ans.

Les commentaires relatifs au bonhomme en mauvaise santé sont plus longs et plus descriptifs. Si la notion de bonne santé peut être consensuelle, celle de mauvaise santé renvoie l'enfant à une situation personnelle ce dont témoignent le mode narratif (emploi du *Je* ou du *On*), ou les précisions de l'enfant. Par exemple, Julie, 5 ans dessine son papa qui a perdu un œil dans un accident du travail. D'autres fois, le bonhomme est colorié de la même couleur que les vêtements de l'enfant.

C'est par le mode du ressenti physique que le bonhomme en mauvaise santé est d'abord décrit notamment par les signes respiratoires comme la difficulté à respirer, le manque de souffle, la toux. La mauvaise qualité du souffle semble être plus facilement identifiable par l'enfant au travers notamment de l'activité physique. La toux est le signe de la crise d'asthme : *«Il tousse, il a de l'asthme»* (Xavier 8 ans), *«Elle tousse comme moi, elle fait une crise d'asthme»* (Sarah 10 ans). Cette tendance peut s'expliquer par le fait que les sifflements, la gêne respiratoire, l'encombrement sont des termes plus souvent employés par les soignants qui s'adressent aux enfants pour qualifier leurs signes cliniques. Les deux enfants qui évoquent l'encombrement font l'objet d'une prise en charge kinésithérapique intensive.

La redondance de signes physiques dans un même dessin sert à illustrer le diagnostic : *«On a les yeux qui pleurent, le nez qui coule et on tousse, on a une crise d'asthme»*. Cette fillette de 10 ans décrit la manière habituelle dont ses crises surviennent. Ainsi, le ressenti physique et la maladie sont indissociés comme si le ressenti physique était l'expression *«vécue»*, concrète de la maladie.

Pour un enfant sur deux la distinction bonne et mauvaise santé se fonde sur la présence/ absence de maladie, de l'asthme en l'occurrence mentionné dans des acceptions différentes. Le choix des termes est un indicateur à la fois des représentations sur cette maladie (faire de l'asthme ou une crise...) et des rapports que le sujet entretient avec elle. *«Avoir de l'asthme»* suggère un état transitoire susceptible de changer, d'évoluer. Parfois la similarité graphique entre les deux bonhommes est telle que l'on s'autorise à questionner l'enfant : s'agit-il du même bonhomme ? Dans d'autres cas, en revanche, l'opposition entre les deux dessins est au premier plan : le bonhomme en mauvaise santé apparaît comme le négatif du bonhomme en bonne santé. L'expression *«être asthmatique»* reflète des différences plus tranchées.

Concernant le bonhomme en mauvaise santé, le ressenti affectif peut être une conséquence directe de la maladie ou des contraintes qui lui sont liées. Dans des cas isolés, les commentaires font état de sentiments plus vagues de malaise, de danger dont il importe de définir la nature lors de l'entretien : *«Il se sent pas bien, il a chaud, il a peur»* (Sophiane, 10 ans) ou *«Il est pas tranquille»* (Julie, 5 ans).

Les mesures thérapeutiques font référence, pour la moitié d'entre elles au bronchodilatateur d'action rapide. Désigné sous son nom commercial ou représenté graphiquement, il est familier à l'enfant (*«de la Vento»*) qui y recourt en cas de signe de crise.

Le corps est une référence centrale lorsqu'on aborde chez l'enfant la question de la santé. La mauvaise santé modifie l'image du corps qu'il s'agisse des représentations de l'intérieur du corps au travers d'un dysfonctionnement (poumon mort, tuyau pas droit...), du modèle postural ou de l'apparence physique. De l'intérieur de notre corps, nous ne percevons pas grand chose. Ce qui est donné est issu d'une reconstruction imaginaire correspondant plus ou moins à la réalité de ces organes. *«Il a un poumon qui est mort»* dit Omar (13 ans 2 mois) en noircissant l'un des deux.

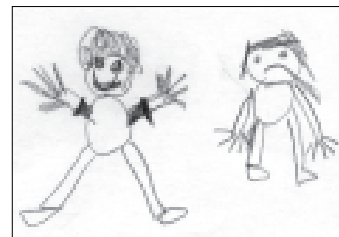
Au-delà des commentaires, les représentations graphiques illustrent aussi l'investissement du corps : bonshommes schématiques rapidement exécutés, bonshommes chétifs ou musclés, absence de certains membres, mise en valeur au travers du vêtement... C'est la comparaison entre les deux bonshommes dessinés par le même enfant qui est importante à relever et à verbaliser avec lui.

L'espace réservé au bonhomme en mauvaise santé est délimité, clos (dedans, lit, hôpital...). La représentation graphique d'un lit, d'un soignant illustre les propos. L'orage, la pluie, le soleil voilé par de gros nuages noirs accompagnent les affects de tristesse exprimés.

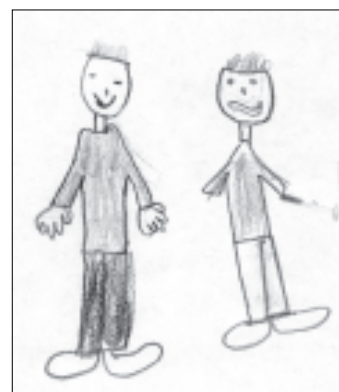
Le choix identificatoire

Enfin, concernant le choix identificatoire de l'enfant, il ne s'agit pas tant de rechercher une adéquation entre *«la réalité médicale»* et le choix de l'enfant que d'ouvrir la voie à un dialogue autour du dessin et des commentaires qui l'accompagnent. Au travers des deux personnages, l'enfant peut exprimer des choses de lui et sur lui plus facilement que s'il parle en son nom et sans support. Le dessin trouve là sa dimension d'espace de projection. *«Est-ce que tu te sens plutôt comme ce bonhomme là ou comme celui-ci ?»*. Avec cette proposition, les enfants sont directement ramenés à leur situation. Ce qui implique soit une distanciation d'avec le dessin : *«Moi je fais pas de crise d'asthme»*, soit une identification : *«Comme celui-là»*. Les propos reprennent parfois mot pour mot les descriptions du bonhomme ou encore l'enfant tente de moduler les choses : *«Un tout petit peu comme ça»*, *«Je suis pas beaucoup asthmatique et je suis beaucoup sportif»*. Dans tous les cas, c'est l'enfant qui choisit la distance entre lui et ses productions. L'identification n'est pas forcément en lien avec la situation vécue mais avec ce que l'enfant souhaiterait. Il s'agit alors d'une identification de désir : *«Comme celui-là je préfère»* ou *«Comme celui-là il a de la chance de faire du sport, il a pas d'asthme»*.

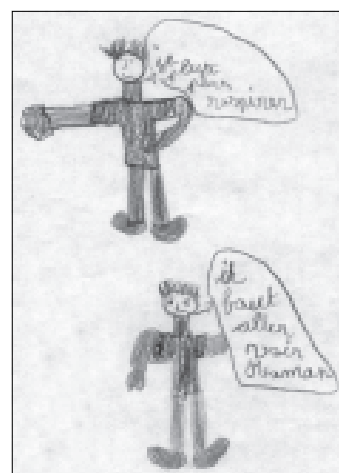
L'asthme n'est pas en soi une justification de l'état de santé, la moitié des enfants se déclarent en bonne santé. En revanche, les propos témoignent de la réversibilité de l'état de santé quel qu'il soit. L'identification est assortie d'une dimension temporelle : *«Quand je suis arrivé, j'étais en crise d'asthme»*, *«Des fois je suis malade, des fois je suis pas malade»*. C'est ce dont témoignent également les enfants pour lesquels un choix précis est difficile



Bonhomme en bonne santé :
«Il saute, il se sent bien».
Arnaud, 9 ans.



Bonhomme en mauvaise santé :
«Il fume, il veut pas arrêter même si le docteur le dit».
Christelle, 9 ans.



Bonhomme en mauvaise santé :
«Il peut plus respirer, il est asthmatique. Il dit "je peux plus respirer". Il faut prendre sa Becotide®».
Bonhomme en bonne santé :
«L'autre, non. "Il faut aller voir maman" : il sait pas ce qu'il faut faire quand on peut plus respirer».
Sarah, 9 ans.

et qui se déclarent «entre les deux» ou «un peu des deux». Ce type de réponse n'apparaît pas avant 9 ans : seuls les plus grands peuvent suffisamment se distancer de l'instant présent et envisager les choses dans une perspective temporelle plus large.

Implication pour l'éducation thérapeutique

L'expérience montre que, basé uniquement sur l'échange verbal, l'entretien avec un enfant peut être difficile. Le dessin de la santé facilite plus une entrée en relation avec les jeunes enfants ou les enfants particulièrement intimidés par l'interaction avec un adulte que les questions orales.

Le dessin trouvera naturellement sa place en début de rencontre, lors d'un diagnostic éducatif [11] par exemple «Tu aimes dessiner ? Je voudrais te proposer le dessin de la santé». L'attention que le soignant accorde à ce qui est dessiné et dit par l'enfant, son souci de lui permettre de clarifier des notions détermineront en grande partie la qualité de l'échange.

Le type d'informations recueillies, la redondance d'éléments dans ses descriptions permettent de mieux comprendre l'enfant et de pouvoir travailler avec lui sur ce qu'il considère comme important dans le moment. Il permet aussi de débiter avec des apprentissages qui ont du sens pour lui. Le soignant, dans tous les cas, veillera à respecter le rythme et les éventuelles résistances de l'enfant suscitées par les sujets abordés.

Rapidement exécuté ou plus soigneusement élaboré, il n'y a pas de limite de temps. Le dessin n'impose pas la présence de l'adulte et peut être réalisé par l'enfant seul. En revanche, le dessin sera commenté après son exécution car il prend tout son sens dans l'ici et maintenant de la relation et ce d'autant plus que l'enfant est jeune.

L'utilisation du dessin de la santé nécessite de la part du soignant une technique de questionnement qui consiste à s'appuyer sur des éléments représentés graphiquement par l'enfant, en reprenant ses mots propres ou en reformulant son propos. Cela permet de ne pas inférer des éléments de son savoir ou de ses propres représentations. L'enfant : «Le bonhomme en mauvaise santé prend mal ses traitements». L'éducateur : «Explique-moi comment ça se passe quand on prend mal ses traitements». L'enfant est invité à s'exprimer et à clarifier son propos.

La technique de questionnement vise alors des allers-retours entre le dessin et l'expérience de l'enfant et respecte la distance instaurée par la proposition de dessiner. Ainsi, abordant la description du bonhomme, il sera utile de demander : «Et pour toi comment ça se passe quand tu es malade ?». L'apparition d'un personnage supplémentaire (camarade, parent, soignant...)

nécessite de faire préciser ce qu'il en est pour lui : «Qui te soigne, toi, quand tu es malade ?». La mention d'un médicament appelle d'autres interrogations : «Que prends-tu (que prendrais-tu) dans cette situation ?». La proposition d'un tel dessin sollicite chez l'enfant «sa capacité à se situer par rapport au réel et à l'imaginaire, la production réalisée prenant souvent l'allure d'un compromis, témoin des exigences socioculturelles et de l'espace psychique propre au dessinateur»[9].

Lorsque l'enfant perçoit le passage d'un état de santé à l'autre, nous pouvons aborder les conditions de ce passage soit dans une dimension préventive : «qu'est-ce que tu fais pour rester en bonne santé ?», soit dans un versant thérapeutique : «qu'est-ce qui t'a permis de redevenir en bonne santé ?».

Lors de rencontres ultérieures, le dessin de la santé peut être redemandé à condition de respecter un délai suffisamment long (un an). On peut également retravailler à partir du précédent et relancer l'échange à partir du choix identificatoire. Il est donc important de conserver le dessin et les notes résultant des commentaires. Dans cette perspective, le dessin devient alors un moyen de suivre l'évolution de l'enfant et de réajuster si besoin les objectifs de son éducation.

Conclusion

Le dessin de la santé utilisé auprès de patients asthmatiques révèle l'extrême richesse des représentations des enfants. Si la santé se fonde sur la dichotomie santé/maladie, elle ne saurait s'y réduire. La santé, bonne ou mauvaise est associée à divers concepts selon des liens qui trouvent leurs racines dans l'expérience individuelle. Le dessin de la santé ne peut se concevoir en dehors d'une dimension relationnelle qui nous ramène à l'expérience subjective du dessinateur.

Le dessin de la santé répond aux objectifs de la rencontre préalable à l'élaboration du diagnostic éducatif. Les huit catégories identifiées à partir des commentaires des enfants relèvent d'une dimension bio-médicale (la maladie, les mesures thérapeutiques...), cognitive (les causes de la maladie, l'image du corps...), psychologique (ressenti physique et affectif...), familiale et sociale (les activités ludiques et sportives, l'environnement...). Le dessin de la santé peut également servir au suivi de l'enfant.

Même en l'absence de référence explicite à sa maladie, l'enfant asthmatique nous dit au travers de son dessin quelque chose de sa réalité : sa vision du monde, ses préoccupations, ses souhaits... Le dessin procure un «instantané» : l'enfant sélectionne ce qui, à ce moment-là est important pour lui en fonction de la demande qui lui est faite. Il peut alors se révéler un outil pertinent pour personnaliser les objectifs de l'éducation thérapeutique. ■

Bibliographie

[1] JODELET D., *Les représentations sociales*, PUF, 1989, p. 37.

[2] MOSCOVICI S., *Psychologie sociale*, PUF, 1998 : 362.

[3] ABRIC J.C., *Pratiques sociales et représentations*, PUF, 1994 : 13.

[4] LUFIN A., *Les représentations de santé des jeunes : un outil de prévention*, *Bulletin d'Education du Patient*, 1997 ; 16, 1 : 11-13.

[5] BOUTRY L., MATHERON I., BIDAT E., *Quand les prescriptions ne sont pas suivies...Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique*, *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 2001 ; 41 : 470-476.

[6] GINIÈRES B., *Le dessin de la santé : un outil pour l'établissement du diagnostic éducatif ?*, *Bulletin d'Education du Patient*, 1997 ; 16, 4 : 13-14.

[7] NGUYEN K., *Les épreuves graphiques : méthode d'évaluation, méthode d'investigation*, *Bulletin de Psychologie*, tome XLV, 406 : 449-454.

[8] MOYANO O., *La bidimensionnalité de l'espace psychique chez l'enfant asthmatique*, *Psychologie Clinique et projective*, 2000 ; 6 : 219-235.

[9] WALLON P., CAMBIER A., ENGELHART D., *Le dessin de l'enfant*, PUF, 1998.

[10] GRAWITZ M., *Méthode des sciences sociales*, Dalloz, 2001, 11^e éd, 920 p.

[11] IVERNOIS (d') J.-F., GAGNAYRE R., *Apprendre à éduquer le patient*, Vigot, 1995.